

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE N° 362

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 mai 1899, à 1 heure

Par A. GILBERT

Né à Saumur le 19 août 1874.

ÉTUDE

SUR

L'OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

(AMÉNORRHÉE ET DYSMÉNORRHÉE)

Président : M. TILLAUX, professeur

*Juges : { MM. DELENS, professeur.
SEBILEAU et BROCA (Aug.), agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

— THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 mai 1899, à 1 heure

Par A. GILBERT

Né à Saumur le 19 août 1874.

ÉTUDE

SUR

L'OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

(AMÉNORRHÉE ET DYSMÉNORRHÉE)

Président : M. TILLAUX, professeur

*Juges : { MM. DELENS, professeur.
SEBILEAU et BROCA (Aug.), agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux.

Membre de l'Académie de médecine.

Commandeur de la Légion d'honneur.

ÉTUDE

SUR

L'OPOTHÉRAPIE OVARIENNE

(Aménorrhée et dysménorrhée)

PRÉFACE

Nous considérons comme un devoir très-agréable à remplir de témoigner notre gratitude à l'ensemble de nos maîtres qui par leur bienveillance et leur exemple ont contribué à parfaire notre éducation spéciale. Tous ces maîtres constituent la pléiade illustre des professeurs qui ont assuré l'enseignement de la faculté pendant la période de nos études (1892-1899).

Nous remercions d'une façon toute spéciale, M. le Professeur Potain, M. le Professeur Tillaux, M. le Professeur Pinard, MM. les Professeurs agrégés Schwartz, Segond, Poirier, Sébilleau, Maygrier, Tissier, Rieffel qui nous font avec tant de bienveillance initié aux difficultés de l'art médical.

M. le Dr Jayle assistant de chirurgie de M. le Dr professeur agrégé S. Pozzi a bien voulu se mettre à notre disposition non seulement pour nous guider dans le plan général de ce trop court résumé d'une aussi vaste question, mais encore nous a fourni, dans les idées premières, de nombreux documents qui, puisés dans les cahiers de son service, nous ont été d'un si précieux secours.

Nous croirions manquer à notre devoir si nous ne l'assurions pas ici de notre plus sincère sympathie.

Nous devons encore des remerciements à M. le Dr Géraud, médecin-major-chef de l'hôpital de Tunis, qui nous a permis de nous familiariser avec les conditions spéciales de la Médecine d'armée.

Que M. le Professeur Tillaux daigne agréer l'assurance de notre respectueuse gratitude, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier dans les quelques pages qui suivent la nouvelle médication encore mal connue sous le nom d'opothérapie.

Par ce mot, on entend habituellement le traitement des maladies par l'extrait d'organe. Nous insisterons uniquement sur l'opothérapie ovarienne c'est-à-dire sur le traitement des maladies de l'ovaire par ses préparations pharmaco-chimiques.

Lorsque nous avons entrepris cette étude, notre intention était d'attirer, plus spécialement les regards des praticiens sur les troubles connus en clinique sous le nom d'aménorrhée et de dysménorrhée quelles que soient leurs causes et particulièrement lorsque ces deux affections dérivent d'une diathèse générale telle que la chlorose ou l'anémie.

Or, dès les premières pages que nous avons lues, nous nous sommes aperçus, en réalité, que la véritable cause de ces troubles était inconnue. Il est facile, en effet, de dire que tel symptôme pathologique reconnaît pour cause la chlorose ou l'anémie, ou telle autre maladie qu'on voudrait bien envisager, mais ceci ne sert qu'à marquer no-

tre ignorance, car nous ne savons nullement par quel procédé ces troubles sont occasionnés.

Pourquoi l'eau d'un bassin s'écoule-t-elle par un robinet ouvert ? Il est simple et facile de dire que c'est parce que le robinet est ouvert. Cependant, si nous poussons notre examen plus loin, nous voyons que la pression est la cause véritable et capitale qui nous échappait primitivement. Semblablement pour l'ovaire, nous savons qu'il fonctionne mal et que la cause apparente est l'anémie.

Quant à la cause réelle, elle nous échappe complètement. Avec un peu d'attention, nous découvrons bientôt que la diathèse générale agissant sur l'organisme tout entier, il en résulte des troubles du système nerveux qui retentiront infailliblement sur l'ovaire d'où les symptômes cliniques observés.

C'est en présence de cet état de choses que nous avons pensé qu'il serait utile de réunir dans un même opuscule les idées ayant actuellement cours dans la science.

Nous partagerons ce travail en six paragraphes :

- 1° Aperçu sur la physiologie de l'ovaire.
- 2° Examen critique des principaux travaux faits sur la question.
- 3° Des méthodes employées.
- 4° Indications et contre-indications de l'opothérapie ovarienne.
- 5° Conclusions.
- 6° Observations.

§ 1. — *Aperçu sur la physiologie de l'ovaire.*

Immense est le nombre des femmes qui viennent chaque jour dans nos cliniques ou à nos consultations particulières atteintes de dysménorrhée ou d'aménorrhée.

Leur observation clinique est, pour toutes, calquée sur le même schéma qui peut être résumé en quatre lignes.

Plus ou moins bien réglées jusqu'à une époque déterminée, elles ont vu subitement apparaître la suppression ou l'exagération des règles, que cette dernière se présente à la date fixe habituelle ou en dehors de cette date.

La cause, pour une personne rompue aux interrogatoires gynécologiques est toujours la même : Une excitation nerveuse, que cette excitation soit positive ou négative.

A première vue cet énoncé semble paradoxal il n'en est rien cependant.

Et quoi, dira-t-on, l'aménorrhée survenue à la suite d'une peur reconnaît-elle la même origine que l'aménorrhée chlorotique ou phymateuse ? Je le crois, et je vais essayer de le démontrer

Qu'on lise avec soin les observations recueillies à la fin de ce court mémoire, observations prises au hasard des recherches et l'on verra en y réfléchissant un peu que le paradoxe est apparent mais non réel.

Analysons les faits de plus près.

Que sont les règles et comment se produisent-elles ? C'est là une question classique de physiologie que chacun connaît.

La femme, de par sa nature même, tend continuellement vers l'expulsion de l'ovule.

Les règles viennent d'avoir lieu. Le flux menstruel s'est écoulé et l'œuf est rejeté au dehors.

Immédiatement l'ovaire produit un nouvel œuf. Pendant quinze jours, ce travail de production se fait d'une façon latente, mais au bout de la troisième semaine, le travail est fait et l'œuf mûr devra bientôt être expulsé. Pour ce faire, la nature congestionnée des organes génitaux et le sang qui s'écoule au dehors entraîne l'ovule détaché de l'ovaire. Ce phénomène serait nuisible, lorsque l'œuf est fécondé, aussi est-il supprimé à ce moment. Cependant l'on pourra objecter que quelques femmes continuent à « voir » malgré qu'elles sont enceintes, mais ce sont là des exceptions qui ne font que confirmer la règle et dont il n'y a pas lieu de tenir compte dans une étude générale.

Comment se produit cet écoulement ? Quelles lois le régissent ?

Il est de notoriété scientifique que les vaisseaux sanguins, quels qu'ils soient, veines ou artères, sont sous l'entière dépendance du système nerveux sympathique en particulier et du système central en général.

Existe-t-il donc une relation si étroite entre le système central et le système sympathique. Les récents travaux publiés depuis quelques années sur cette question tendent à nous faire accepter cette idée. On doit en effet abandonner cette idée de la localisation primitive des causes. Un phénomène physiologique se fait sous l'action d'un ganglion nerveux, qu'il se nomme ganglion sympa-

thique, ou qu'il se nomme centre et qu'il appartienne au système cérébro-spinal. Le fait importe peu dans l'espèce. Il y a là — les observations de laboratoire et les observations cliniques concordent entièrement sur ce point — quelque chose qui commande la fonction, ce quelque chose est situé n'importe où dans l'ensemble du système nerveux mais dépend de l'intégrité du système général.

Jé m'explique.

Voici un ganglion sympathique cardiaque par exemple. Son rôle intrinsèque est d'assurer le bon fonctionnement de l'organe, mais vienne un choc physique ou moral, agissant sur le système cérébro-spinal, immédiatement l'équilibre est détruit et le cœur bat anormalement, ce qui se traduira en clinique par de l'asystolie, de la tachycardie, de la bradycardie etc.

Supprimons un de ces ganglions, le cœur fonctionnait-il encore normalement ?

Non.

L'état général subira-t-il les conséquences de cet état de choses ?

Oui.

Le sang circulant avec moins de force, les veines se videront moins vite et la pression augmentant nous aurons de l'œdème des jambes par exemple comme on l'observe si souvent chez les asystoliques : Le système cérébro-spinal se repentira-t-il de cette suppression d'un ganglion cardiaque ? Pas du tout.

Plus tard, il sera la victime par anomalies de nutrition de la lésion initiale, mais au moment de l'opération nullement.

Inversement, peut-on laisser indemne ce ganglion cardiaque et s'attaquer directement au système central sans craindre de voir survenir les mêmes phénomènes ?

Loin de là.

L'attaque directe du système central se traduira au contraire par cessation immédiate de la fonction physiologique de l'organe si l'on s'adresse à un point tenant sous sa dépendance cette fonction, telle la moelle allongée ou bien l'on aura une indifférence absolue si l'on s'adresse à un point qui n'a pas sous sa dépendance l'organe étudié : telle la moelle lombaire.

Ce serait un tort, pensé-je, de croire que dans le système nerveux il n'existe qu'un seul point tenant sous son autorité le cœur par exemple.

Sectionnons le bulbe au niveau de l'arbre de vie, la mort est immédiate, par lésion du noyau central du pneumo-gastrique, dira-t-on ? Parce que l'influx nerveux n'arrive plus jusqu'au cœur ? Possible, mais je ne saurais admettre cette opinion car la mort subite sera également obtenue si, en respectant le bulbe, on vient à léser la couche optostriée comme le fait est journellement observé en clinique dans les cas d'embolie cérébrale.

Et cependant on peut couper les deux pneumo-gastriques, sans craindre une issue fatale qui ne se produira que quelques jours plus tard.

Et bien ce qui est vrai pour le cœur, l'est également pour l'ovaire.

Cet organe est placé sous la dépendance du sympathique et comme tel sort du cadre des organes soumis à notre volonté.

Il ne dépend pas du système ganglionnaire périphérique et du système central.

Or, au moment des règles, sous l'influence d'un travail dont la forme nous est encore inconnue, les nerfs ovariens sont hyperexcités, les vaisseaux se dilatent ou se contractant et agissant par ricochet produisent les règles ou les suppriment.

Ce phénomène physiologique se traduit par deux mots en clinique : aménorrhée et dysménorrhée.

L'ovaire ne fonctionne-t-il que sous l'influence de cette cause ?

Point.

L'ovaire est une glande interne et comme tel fonctionne de la même façon que le font le corps thyroïde ou les capsules surrénales (1).

Supprimons ou augmentons cette excrétion : nous aurons encore suivant le tempérament de la malade une dysménorrhée ou une aménorrhée.

D'après cela, qu'est la ménopause ? C'est une aménorrhée persistante et tous les phénomènes observés en clinique ne sont que les manifestations du défaut de fonctionnement des organes ovariens.

Pendant longtemps on a pensé que les ovaires avaient pour unique fonction de produire l'ovule et comme tels d'assurer la propagation de l'espèce.

Cela est vrai, mais là n'est pas leur seul rôle.

Ils en ont un autre beaucoup plus important dont la connaissance exacte nous échappe encore mais que les

1. Dieulafoy, *Pathologie interne*.

recherches physiologiques de ces dernières années, les observations cliniques de Jayle vont nous permettre de prévoir.

Qu'est donc l'ovaire ? C'est une glande à fonction double.

La première fonction est de produire l'ovule.

La seconde est de sécréter ou d'excréter une substance, dont nous ignorons encore la forme mais dont nous voyons chaque jour les manifestations.

Les travaux de A. Pettit et M. le Docteur Langlois sur les glandes surrénales, du Dr Gley sur la glande thyroïde nous ont montré que ces glandes fabriquaient un principe actif qui ne saurait sans danger être supprimé de l'organisme.

A l'appui de mon dire je rappellerai simplement la mort qui survient à la suite de l'ablation du corps thyroïde, le myxœdème, le goître, la maladie d'Addison, et le traitement de ces affections par les extraits thyroïdiens et surrénaux.

L'opothérapie a pris pied et semble être loin de s'arrêter en si bonne voie, après avoir été essayé dans les cas pathologiques relevant des glandes à sécrétions internes voilà qu'on l'applique même, en s'inspirant de la sérothérapie, à des maladies d'origine microbienne franche comme la fièvre typhoïde (1).

Et bien ce qui est vrai pour la glande surrénale et la

1. V. Jez. *Traitement de la fièvre typhoïde par l'extrait d'organes des typhiques*. Bull. méd., 1899, page 284.

thyroïde l'est également pour l'ovaire. Aucun travail physiologique complet n'a été entrepris sur cette question, mais la clinique le démontre suffisamment.

Que l'on jette un coup d'œil sur le travail publié par Jayle, en 1897, sur les troubles consécutifs à la castration ovarienne et nous y verrons que l'auteur se trouvait là dans de véritables conditions expérimentales.

Les observations par lui publiées peuvent se résumer ainsi :

Une femme est malade des ovaires, et l'ovariotomie est pratiquée, ou bien ces organes sont enlevés avec l'utérus, bien qu'ils soient sains, parce que l'on est imbu de cette idée que les ovaires ont pour unique fonction de donner un ovule. A quelque temps de là on observe des troubles divers tels que bouffées de chaleurs, changement de caractère, tant au point de vue physique que moral etc., bref on assiste à tout le tableau d'une ménopause artificiellement déterminée chez des femmes encore jeunes et chez lesquelles les accidents dits de retour d'âge ne se seraient pas produits avant quinze ou vingt ans. Dans ces conditions, on est bien forcé d'admettre que la suppression des ovaires joue un rôle, je dirai même très important dans la production de ces symptômes pathologiques. Le fait est important à retenir car c'est sur lui que l'on s'est appuyé jusqu'ici pour justifier la méthode opothérapique. Eh bien, l'on a lâché, je crois, la proie pour l'ombre et l'on a pris la conséquence pour la cause.

Aujourd'hui que les travaux sur la question se multi-

plient, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile d'envisager la question sous son véritable jour.

§ 2. — *Examen critique des principaux travaux
faits sur la question.*

Outre la production de l'ovule sur laquelle il n'y a plus lieu de revenir, l'ovaire secrète ou excrète, avons-nous dit plus haut, un principe dont l'organisme ne saurait se passer.

Je dis secrète ou excrète, car ce principe lui-même n'ayant pas encore été isolé chimiquement, nous ignorons si c'est un quelque chose destiné à être rejeté, résidu d'un travail biologique intime ou bien si c'est quelque chose destiné à être absorbé sur place.

En d'autres termes, *l'ovarine*, disons le mot, car le nom a été créé avant que le corps ne soit découvert, l'ovarine, est-elle quelque chose d'analogue au glycogène qui est secrété dans le foie, à la thyroïdine qui est secrétée dans la glande thyroïde.

Enfin avons-nous dans l'ovarine quelque chose analogue à l'urée que nous rejetons à chaque instant avec cette différence que l'émission se ferait mensuellement.

Toutes ces questions extrêmement ardues, et sont encore loin d'être tranchées et si nous avons posé le problème, nous devons avouer qu'il est encore irrésoluble à l'heure actuelle et que nous devons attendre quelque temps. De nouveaux travaux viendront nous éclairer et nous apprendre la valeur exacte de cette ovarine chimique.

Quoiqu'il en soit ce principe existe, et nous pouvons, par analogie et par analogie seulement, prévoir quelles sont ses propriétés physiologiques à défaut de ses propriétés physiques et chimiques.

Ce corps est toxique et c'est un toxique du système nerveux vaso-moteur.

Essayons de le prouver. Le fait en vaut d'autant plus la peine que des observateurs du premier ordre comme Péan et Kœberlé ont vu les faits sans les interpréter.

Disons d'abord que tous sont d'accord pour signaler l'existence d'une ménopause prématurée à la suite de l'ovariotomie.

En 1871, Bailly (1) rapporte l'histoire d'une femme de 32 ans qui a présenté 2 ou 3 ans après son opération des troubles de la vue, de la voix, de l'ouïe et une polysacrie énorme.

Ce fait passe inaperçu et il a fallu l'aveuglement absolu des chirurgiens qui ont ensuite étudié la question pour nier les conséquences déplorables de l'ovariotomie.

« L'extirpation des ovaires, dit Puech (2) n'apporte aucune modification notable dans l'état des opérées. Ce sont des femmes qui peuvent être considérées, comme étant arrivées brusquement à la ménopause. Les sentiments affectifs restent intacts. Les opérées ne sont plus, il est vrai, sous l'empire d'un besoin érotique impé-

1. BAILLY. *Traitement des ovariectomisées. Considérations physiologiques sur la castration chez la femme.* Th. Paris. 1871 n° 104.

2. PUECH. *Des ovaires et de leurs anomalies.* Montpellier méd. T. XXX, janv. 1873, p. 37.

« rieux, mais elles n'en sont pas moins bonnes, aimantes
« à l'égard de leurs parents, leurs amis, leur famille,
« leur mari.

« Leurs organes génitaux demeurent excitables. Leur
« caractère devient, *peut-être*, plus doux, moins irascible.
« Les seins ne s'atrophient pas ou guère. Ces femmes
« n'ont pas de tendance à prendre un embonpoint exa-
« géré, lorsqu'elles n'avaient pas déjà une prédisposition
« à l'obésité.

« ... Le système pileux n'a éprouvé aucun changement ;
« le timbre et la tonalité de la voix n'ont pas été modifiés.
« L'une des opérées auxquelles j'ai fait l'ablation des
« ovaires et de la partie sus-vaginale de la matrice était
« sujette à de fréquents accès d'hystérie qui n'ont plus
« reparu depuis. *Dans tous les cas*, il y a aménorrhée et
« santé parfaite.

« Je dois ajouter, que les observations réunies de tous
« côtés et empruntées à divers auteurs confirment l'exac-
« titude de ces renseignements ».

Je ne discuterai pas ces lignes, mais je me permettrai
de faire remarquer que Puech semble ignorer l'opposition
qui existe entre *aménorrhée* et *santé parfaite*. D'autre
part s'il avait vu le travail de Bailly, il ne dirait pas que
tous les auteurs qui ont avant lui étudié la question sont
unanimes à ne voir aucun danger dans l'ovariotomie.

Son esprit s'est porté vers les signes physiques et du
côté de la vie intime des malades.

Lutaud confirme le dire de Puech, mais cependant il
fait une réserve.

« La castration pratiquée chez la femme adulte ne mo-

« difie pas considérablement le type féminin, et les seuls
« changements qui méritent d'être mentionnés sont : l'a-
« ménorrhée, la diminution de l'appétit vénérien, l'alté-
« ration de la voix et l'augmentation de la sécrétion
« pileuse, et ces modifications sont loin d'être cons-
« tantes (1) ».

J'ai souligné les troubles observés par cet auteur. Avons-nous le droit de les considérer comme quantité négligeable? Je ne le crois pas.

« L'ovariotomie double, dit Kœberlé, est en quelque
« sorte suivie immédiatement de la ménopause, sans que
« d'ailleurs l'état physique et physiologique de la femme
« se ressente d'une manière spéciale de la mutilation
« qu'elle a subie » (2).

Péan partage l'avis de Kœberlé et écrit: « Peu de
« temps après l'opération l'utérus diminue de volume, le
« vagin devient mou et flasque, se rétrécit et se con-
« tracte. Par contre les symptômes congestifs et les trou-
« bles vasculaires sont plus prononcés, plus douloureux
« que dans la ménopause normale.

« J'ai vu plusieurs fois survenir à la suite de la castra-
« tion ovarienne ou utérine des *affections cutanées de*
« *quelque gravité*. Ce sont des faits très rares, il est
« vrai, sujets à interprétation, et d'après lesquels certains
« auteurs se sont trop hâtés de conclure. Ce qui est

1. LUTAUD. *De l'ovariotomie générale ou opération de Battey*. Arch. génér. méd., 1879. T. I, p. 454.

2. KÖEBERLÉ. *Nouv. dict. de méd. et de chir. prat.*, 1878. Ar. *Ovaires*. T. XXV, p. 595.

« moins discutable, c'est la tendance à l'embonpoint, c'est
« la persistance des impulsions sexuelles. Nous ne par-
« lons pas de la faculté de pratiquer le coït que la con-
« formation même de la femme conserve, mais de la ca-
« pacité sexuelle, contrairement à ce qui se passe chez
« l'homme, qui, lui, devient impuissant. En effet, les
« ovaires, les trompes et l'utérus n'étant pas des organes
« extérieurs comme les testicules, l'épididyme et le cor-
« don, leur ablation ne laisse à sa suite aucun change-
« ment apparent. C'est ce qu'explique pourquoi, après la
« castration totale, on n'observe pas, chez la femme, la
« dépression morale, la mélancolie, parfois même la ten-
« dance au suicide dont la fréquence est si grande chez
« l'homme (1).

Eh bien sans aller jusqu'au suicide, nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer le contraire de ce que Péan a écrit et nous devons bien convenir que la bonne foi de l'éminent chirurgien a été surprise.

Il faut arriver jusqu'en 1889, pour trouver un mémoire de Glaevecke dans lequel l'auteur montre que les conséquences de la castration ne sont pas aussi anodines qu'on le pensait (2).

1. PÉAN. *De l'ablation des tumeurs du ventre considérées dans ses rapports : la menstruation, les appétits vénériens, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement.* Gaz. méd., 1880, n° 15, p. 188.

PÉAN. *Traité des tumeurs de l'abdomen.* Paris 1895, T. III, p. 907.

2. GLAEVECKE. Körperliche und geistige Veränderungen im weiblichen Körper nach künstlichem Verlust der Ovarien einerseits und des Uterus anderseits *Arch. f. Gynäk.* 1889, XXXV, 1.

Dans cette étude entièrement clinique, l'auteur signale l'existence de *douleurs lombo-abdominales*, de *flueurs blanches*, de *bouffées de chaleur*, de *sueurs*, de *vertiges*, d'*amnésie* (rare), d'*embonpoint*. Je laisse de côté, les désirs sexuels et le plaisir pendant le coït, ainsi que l'influence de l'ovariotomie sur l'état mental. Nous savons aujourd'hui que l'avariotomie n'est pas la seule intervention chirurgicale produisant ultérieurement des troubles psychiques (1).

Notons en passant que le même auteur n'a jamais relevé ces phénomènes après l'ablation de l'utérus lorsqu'on a respecté les ovaires qui ne s'atrophient pas comme on le pourrait croire.

Citons pour mémoire la discussion du 5^e *Congrès français de Chirurgie* en 1891, dans lequel les bouffées de chaleur semblent seules avoir fixé l'attention des chirurgiens qui ne voient pas d'ailleurs les phénomènes physiologiques qu'ils ont sous les yeux, absorbés qu'ils sont par les signes cliniques.

Un peu plus tard en 1893, Martin, élève de M. le professeur Pozzi, ajoute au tableau des bouffées de chaleur, *divers phénomènes congestifs*, des *dyspepsies*, de l'*hypochondrie*, de l'*amnésie*, *certaines troubles psychiques* (2). Ce travail est confirmé par celui de Pinesse (3) qui s'appuie sur 136 cas observés chez M. Lucas-Championnière.

1. *Congrès de chirurgie*, Paris, 1898.

2. MARTIN ALBERT, *Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines par la laparotomie pour tubo-ovarites*. Th. Paris, 1893.

3. PINESSE, *Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie*. Th. Paris, 1894.

Je laisse de côté les nombreux travaux publiés ensuite sur cette question, et montrant plus ou moins que les résultats éloignés de la castration ovarienne ne sont pas aussi bénins qu'on le pensait.

La conséquence de cette étude a été une idée conservatrice absolue primant de toute sa force dans les opérations sur les annexes.

Telle était la question en 1897, lorsque Jayle (1), la reprenant, signale, après étude de 76 malades triées sur 300 environ, observées dans le service de M. Pozzi, les phénomènes suivants : *Bouffées de chaleur, perte de mémoire, état neurasthéniforme, modification du caractère, phénomènes congestifs et hémorrhagiques, troubles de la nutrition, troubles des organes de la vue, de l'ouïe, de la phonation, de l'odorat, troubles mentaux.*

Tous ces faits sont alors minutieusement étudiés dans la suite du mémoire auquel je renvoie pour ce qui concerne le détail.

Jayle se demande alors avec raison si les troubles observés tiennent à l'absence des règles, à la suppression de l'utérus seul ou à celle des ovaires, s'il existe un rapport avec la présence de l'utérus quand les ovaires sont enlevés ou inversement.

La réponse à ces questions est donnée par l'auteur lui-même dans cette phrase : « ... Je me rattache pour ma part à la théorie de Brown-Séquard, sur les glandes à sécrétion interne. *L'ovaire* est une glande sécrétante

1. JAYLE FÉLIX. *Effets physiologiques de la castration chez la femme*, 1897, p. 403.

« comme le corps thyroïde. Des troubles apparaissent
« après son extirpation et sont dûs à l'absence de cette
« sécrétion... ou... à des modifications de cette secré-
« tion (p. 431).

Voici donc la véritable cause énoncée : la sécrétion interne, cette sécrétion inconnue dont on ignore la forme tangible qui entre en jeu pour la première fois.

Depuis cette époque tous les mémoires faits à l'instigation de Jayle se ressentent de cette idée, qu'il avait déjà émises antérieurement dans un mémoire déposé à l'*Académie de médecine* (1) et dans un article de la *Presse médicale* (2).

Dès lors la question change un peu d'allure et est portée sur son véritable terrain, ce qui revient à dire que l'on abandonne un peu l'étude clinique pour se rejeter sur l'étude physiologique.

Une étude suivie faite par Caratulo et Tarrulli (3) démontre en effet la fonction interne de l'ovaire.

Carlo Fideli (4) fait intervenir le système nerveux ova-

1. F. JAYLE. *De l'état de la femme après la castration ovarienne, utéro-ovarienne ou utérine simple*. Mem. déposé à l'Acad. méd., Paris, le 25 févr. 1896.

2. F. JAYLE. *Opothérapie ovarienne contre les troubles consécutifs à la castration chez la femme*. Presse méd. 1896, 9 mai, n° 48. p. 224.

3. CARATULO et TARRULLI. *Le secrezione interna delle ovaie. Studio clinico sperimentale* Boll. dell. R. Acc. méd. di Roma. 22 ann. fasc. 5 et 6.

4. CARLO FIDELI. *Recherches sur l'action thérapeutique de l'ovarine*. Analysé in Presse méd. 1896, n° 100 5 décembre, p. 660.

rien dans le rôle joué par cette fonction et Dalché (1) semble apporter une confirmation à cette hypothèse en signalant des troubles circulatoires.

Concluons donc :

1° La sécrétion probable de l'ovaire supprimée brusquement par castration, détermine des troubles divers. Le fait est indéniable et si les premiers ovariétomistes ne les ont pas vu, c'est qu'ils ont mal observé, imbus qu'ils étaient de cette idée que l'ovaire avait pour unique fonction de donner l'ovule.

2° La sécrétion ovarienne étant supprimée par quel mécanisme se font les troubles observés ?

Par voie nerveuse. Le fait ne peut être mis en doute bien que des expériences décisives n'aient pas été instituées en ce sens.

D'où viennent les bouffées de chaleur et les hémorrhagies complémentaires ?

D'une vaso-dilatation excessive. Un traumatisme a été exercé sur les ganglions abdominaux du sympathique ovarien. L'équilibre a été détruit et bientôt le système tout entier en subit les conséquences.

Ces phénomènes sont d'origine sympathique et non autre.

Les vaisseaux en effet sont innervés par le sympathique l'estomac également. Or en lisant attentivement les observations recueillies, on note des phénomènes de dyspepsie

1. P. DALCHÉ, cité par JAYLE, *Opothérapie ovarienne contre les troubles attribués à une hypo-fonction de la glande ovarienne*. Rev. gyn. et chir. abdom., juillet, août 1898, n° 4. p. 675,

plus ou moins douloureuse. Ouvrons un chien et prenons l'estomac dans notre main. Il est insensible. Si donc il y a douleur, c'est que le système involontaire est en jeu et transmet son impression douloureuse au système central.

Mais observera-t-on les impressions douloureuses pourront être transmises au système cérébrospinale par la voie du pneumogastrique.

Qu'importe ? Le nerf de la dixième paire n'est-il pas une branche du sympathique comme l'ont récemment démontré les travaux de Couvreur (1) et de V. Thébault (2).

L'état neurasthéniforme ne relève-t-il pas de la fonction sympathique ainsi que les troubles de la nutrition de la vue, de l'ouïe, et de l'état vénérien.

Il y a donc lieu pensons-nous de considérer la fonction ovarienne de la façon suivante :

L'ovaire est une glande interne qui secrète une substance indispensable au bon fonctionnement de l'économie. Cette substance agit surtout sur le système nerveux et particulièrement sur le sympathique ainsi qu'en témoignent les nombreuses observations publiées par les différents auteurs (3).

1. COUVREUR. Pneumogastrique. *Annales de l'Université de Lyon*. 1892. T. II, fasc. 5. p. 1.

2. V. THÉBAULT. Pneumogastrique et sympathique. *Ann. des Sc. naturelles. Zool.* 1893 VIII^e série T. VI. p. 1.

3. Consulter à ce sujet :

M. LISSAC, *Traitement des troubles consécutifs à la castration chez la femme par l'opothérapie ovarienne*. Thèse Paris, 1896 : p. 18 et 19.

THIERCELIN. *Opothérapie ovarienne*. Thèse Paris, 1898.

§ 3. — *Des méthodes employées pour obtenir le principe ovarien et leurs divers modes d'administration.*

Jusqu'en 1896, Jayle se fut bien pénétré de la valeur de la fonction interne de l'ovaire, la première pensée qui vint à son esprit fut que l'on pouvait et même que l'on devait tenter d'utiliser les préparations ovariennes, dans les accidents dont l'origine se rattache à des lésions ou à des troubles de ces organes.

Après avoir tenté lui-même l'expérience, il a été le promoteur d'une série de travaux, dont le premier est la thèse de Lissac publié en 1896.

Dans ce travail l'auteur nous apprend que « les préparations ovariennes employées jusqu'à ce jour pour l'opothérapie ovarienne sont : 1° L'ovaire cru en ingestions ; 2° le liquide ovarique en injections sous-cutanées ; 3° l'ovarine en ingestions » (p. 25).

1° *Ovaire cru.* — Méthode la plus simple, voici comment opérait Lissac auquel j'emprunte les lignes suivantes :

« Nous nous procurions des ovaires frais de génisses ou de vaches. Nous hachions ces ovaires, comme on le fait de la viande crue et nous faisons des bols de substance ovarienne de dix grammes, que nous donnions fraîchement enveloppés dans un pain azyme. Une fois nous avons fait absorber l'ovaire haché dans du bouillon, comme on le fait pour la viande crue ».

Si cette méthode présente des avantages elle a aussi le désavantage d'être difficilement acceptée par la malade.

2° « *Le liquide ovarique*, préparé suivant la méthode

de d'Arsonval et de Brown-Séquard que l'on trouve dans le commerce et qui présente cet avantage d'être facilement et sûrement absorbé tel quel sans subir les transformations de la digestion stomacho-intestinale.

3° « *L'ovarine* ou poudre d'ovaire, a été administrée sous la forme simple par Jayle et sous la forme de tablette par R. Mond, Lissac auquel nous empruntons ces renseignements a employé les deux procédés.

Pendant que les recherches se faisaient en France, en Allemagne, Merck, en 1895 tentait la fabrication de produits commerciaux et livrait au monde médical de *l'ovarine sèche pulvérisée* et de *l'ovarine en tablettes* de 0,25 centigr.

Cette substance était préparée au moyen de la totalité des ovaires de vache.

En 1896, ce même auteur publiait dans les *Annales de* 1896, parues en février 1897, la note suivante que nous reproduisons *in extenso*.

OVAIRES DESSÉCHÉS ET PULVÉRISÉS (1).

« Les recherches expérimentales de M. M. E. Knauer
« (*Centralbl. f. Gynaecolog.* 1896, Nr. 20) et de M. Cura-
« tolo-Tarulli (*Presse méd.* 1895 Nr. 66) ont montré avec
« évidence que les ovaires, de même que les autres glan-
« des de l'organisme animal, possédaient une certaine

1. MERCK, Darmstadt. *Annales de* 1896 publiées en 1897, n° 143, p. 118,

« sécrétion interne dont les produits étaient d'une grande
« importance pour l'organisme tout entier.

« Cette opinion reçoit encore un appui par les obser-
« vations cliniques déjà faites depuis longtemps, que,
« par la cessation des règles, soit naturellement, soit à
« la suite de la castration, toute une série de troubles se
« montraient et dont la manifestation portait principale-
« ment sur le domaine du système nerveux. Après les
« brillants succès obtenus dans la cachexie strumiprive
« par l'ingestion de préparations thyroïdiennes, il s'im-
« posa à l'esprit d'essayer si les ovaires desséchés n'a-
« vaient pas une efficacité curative semblable dans les
« troubles de la ménopause naturelle ou artificielle.

« Les résultats fournis par les recherches cliniques de
« toute une série d'observateurs nous montrent qu'il en
« est réellement ainsi.

« Nous avons livré les préparations sèches, extraites
« des ovaires frais de vache, qui ont été employées pour
« les premiers de ces essais, faits par M. R. Mond, à
« l'instigation du M. professeur Dr. Werth à la clinique
« gynécologique de Kiel (Cf. *Münch. med. Wochenschr.*
« 1896, Nr. 14 et 36).

« Les résultats obtenus avec ces produits ont été si
« satisfaisants qu'ils ont encouragé la continuation de ces
« essais. Dans la suite les observations de M. Monod ont
« été pleinement confirmées par : MM. Chrobak (*Gen-
« tralbl. für Gynæcologie* 1896, Nr. 20) ; Jayle (*Presse
« médicale, Paris*, 1896, Nr. 38 et 71), Graft (*commun.
« épistolaire*), F. Mainzer (*Deutsche med. Wochenschr.*,
« 1896, Nr. 12 et 25), Landau (*Berl. Klinische Wo-*

« *chenschrift* 1896, Nr. 25), K. Bodon (*Deutsche med.*
« *Wochenschr.* 1896, Nr. 45), Touvenaint (*Rev. intern.*
« *de Méd. und Chir.* 1896, Nr. 19), Muret (*Rév. méd. de*
« *la Suisse romande* 1896 du 20 juillet), M. Lissac,
« (*Thèse de Paris* 1896) et Tambroni (*Gaz. d. ospidali*
« 1896, Nr. 137).

« L'on réussit par l'ingestion de la substance ovarique
« desséchée, ou d'un extrait d'ovaires à faire disparaître
« tous les troubles, produits parla névrose sympathique,
« provoquée par la ménopause, tels que l'orgasme, les
« bouffées de chaleur (Ardorfugax), les palpitations, les
« cauchemars, l'amnésie, l'insomnie, etc. Ces symptômes
« disparaurent pour un temps plus ou moins long, et dans
« beaucoup de cas pour toujours, fait qui paraît d'autant
« plus remarquable que tous les moyens thérapeutiques,
« employés jusqu'à présent pour combattre le molimen de
« la ménopause, n'avaient donné qu'une amélioration très
« précaire.

« Les tablettes ovariques sont mises en vente, en pa-
« quetage d'origine et enfermées dans des flacons de
« 50 et 100 pièces.

« D'après MM. Mond, Jayle, Muret et Chrobak, la dose
« journalière de la préparation comporte 0,5 — 1,0 gr.
« L'administrtrtion de doses plus élevées ne paraît pas né-
« cessaire pour assurer un résultat favorable.

L'on pourrait donc ordonner :

Rp.: Ovaires secs Merck, 10,0.

Vanilline.

Mucilage gom. arab. et gom. adragant. q. s.

Pour faire pilule N. 100.

Enrobez dans la pâte de cacao sucrée.

Prendre 3 fois par jour 2-3 pilules.

R. p. : Tablettes d'ovaires secs Merck, N. 100.

Prendre 3 fois par jour 2-3 tablettes.

Reprenant l'année suivante la même question, le grand fabricant Allemand introduit un nouveau nom et c'est sous l'appellation d'*ovarial* qu'il désigne les ovaires séchés pulvérisés.

« Le contrôle clinique des préparations d'ovaires, dit-il (1), a été continué cette année par toute une série d'observateurs tels que MM. H. Senator (*Brit. klin. Woch* 1897, n° 3 et 7, p. 76 et 143), H. S. Fosbery (*Brit. and. journ.*, 1897, n. 1895, p. 1039), Jacobs (*Journ. d'accouch. de Liège*, 1897, n° 23, p. 209 et la *policlinique*, 1896, déc.), L. Seeligmann (*Allgem. med. Ctbl. Ztg.*, 1897, n° 59), Rossier (*Wien. med. Press*, 1897, n° 51, p. 1616), W. Latzko-Schmitzter (*Dtsch. med. Woch.*, 1897, n° 37, p. 587), Le Kleinwachter (*Ztschr. f. Geb. u. Gynak.*, 1897, vol. 37, cah. 3), H. B. Stehmann (*Ann. gynœc. und. obstetrical Journ.*, 1897, fév.) ».

« Parmi les auteurs que nous venons de citer les quatre premiers confirment pleinement les résultats déjà publiés précédemment (*Ann. E. Merck*, 1896, p. 118),

1. E. Merck, *Annales de* 1897, publiées en fév. 1898, n° 157 p. 111.

« de l'ovariothérapie dans les troubles de la ménopause,
« de sorte que nous sommes aujourd'hui autorisés à
« regarder les préparations d'ovaires comme spécifiques
« des affections qui accompagnent la ménopause naturelle
« ou artificiellement provoquée, et nous pensons que ces
« préparations ne disparaîtront pas de sitôt de notre
« arsenal thérapeutique.

« Ni M. Senator; ni M. Latzko Schnitzter ne parvin-
« rent à exercer une influence sensible sur la marche de
« l'ostéomalacie, l'on devrait donc regarder les essais
« faits dans cette direction comme devant être définitive-
« ment écartés.

« M. Stechmann obtint de bons résultats avec l'ovarial
« contre les méthorrhagies et la dysménorrhée. Le résul-
« tat obtenu par M. Seligmann est très digne de remar-
« que; cet auteur traita trois cas de maladie de Base-
« dow au moyen de l'ovarial (une tablette trois fois par
« jour), et obtint une amélioration notable chez deux
« malades et chez l'autre une guérison complète.

« Les recherches de M. Senator ont de plus démontré
« ce fait intéressant au point de vue physiologique, que
« l'ingestion de substance ovarique augmentait d'une
« manière sensible l'élimination des combinaisons cal-
« caires et phosphoriques, comme cela arrive par l'injecti-
« on de la glande thyroïde et pituitaire. Ce fait appuyé
« sur l'observation de MM. Ferré et Bestion (*Presseméd.*
« 1897, p. CCIII), que l'ingestion de suc ovarique agit
« favorablement sur la femelle du cobaye, tandis qu'il a
« une action toxique même mortelle sur le mâle, nous
« amène à conclure, que nous possédons dans la substance
« de l'ovaire un agent physiologique d'une valeur réelle ».

§ 3. — *Indications et contre-indications de
l'opothérapie ovarienne.*

Nous avons vu dans les pages précédentes que la suppression de la fonction ovarienne déterminait des troubles nombreux divers mais surtout nerveux et d'origine lymphatique ou vaso-motrice.

De là s'explique les symptômes observés au cours de l'aménorrhée que celle-ci soit accidentelle ou qu'elle soit la manifestation de la mort physiologique de l'organe au moment de la ménopause, il y a une vaso-constriction amenant la suppression complète du molimen menstruel.

Supposons au contraire que les conditions soient telles qu'elles déterminent une vaso-dilatation, nous aurons la dysménorrhée ou la métrorrhagie telle qu'on l'observe au cours des affections ovariennes par exemple : hydro, hémato, pyosalpinx (1).

Dans les causes déterminantes de l'amenorrhée nous citerons avec Pozzi l'altération des ovaires, qui peut également produire la dysmenorrhée, l'ablation bilatérale des ovaires, une mauvaise nutrition, une hygiène défectueuse, un surmenage intellectuel, une maladie syncrastique tel que l'anémie, le brightisme, le diabète, l'alcoolisme, le morphinisme, les émotions violentes, joie ou frayeur, les refroidissements.

Voici autant de causes se traduisant par des troubles physiologiques.

1. S. Pozzi. *Traité de gynécologie*, p. 639, 1897.

A priori il semble indiqué de remédier à cet état de chose par l'emploi de l'ovarine. Cette hypothèse est-elle fondée ?

Absolument.

Quels que soient l'état général et la diathèse de la malade, le point délicat réside tout entier dans le diagnostic et le praticien doit se poser cette question pendant son examen :

Les troubles observés sont-ils la cause ou la conséquence des perturbations de l'ovaire. S'ils sont la cause, il est évident que c'est à celle-ci qu'il faudra s'adresser. L'intervention par exemple sera indiquée dans un cas de pyosalpingo-ovarite.

Mais là nous tournons dans un cercle fermé. La lésion pyogénique entretient les troubles observés et la station ovarienne va les créer. C'est affaire de tact, pour trancher la question.

Si les ovaires sont supprimés les troubles aménorrhéiques reconnaîtront évidemment une absence de sécrétion ovarienne.

Mais si les ovaires existent, la question est plus ardue. Il sera néanmoins facile de reconnaître si les phénomènes ont pour cause une lésion locale ou un trouble dans l'état général.

Dans le premier cas le plus restreint, le diagnostic est communément facile. Dans le second il est plus obscur, plus caché et avouons-le, rarement posé, parce qu'il est rarement cherché. Néanmoins avec quelque adresse on peut arriver à le trouver.

L'ovarine ou l'extrait d'ovaire dans quelque forme que ce soit, est donc indiqué.

Que l'on jette un rapide coup d'œil sur les observations ci-jointes empruntées à Jayle, et à celles que nous avons recueillies dans le service, on y verra que outre les excédents de ménopauses, qui n'est qu'une aménorrhée persistante, de nombreux cas ont été améliorés par le traitement opothérapique ; nous nous croyons donc autorisés à poser les conclusions suivantes :

L'ovaire étant une glande à sécrétion interne, il y a lieu de suppléer à l'absence de cette fonction par l'emploi de l'ovarine sous quelle que forme que ce soit.

L'opothérapie ovarienne est la méthode de choix dans le traitement des affections ovariennes qui ne ressortent pas directement de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite) (1).

Aménorrhée.

S.... Yvonne, 18 ans, pas d'accouchement, mais une fausse couche en 1896.

Réglée à 15 ans, irrégulièrement, mais sans aucune douleur.

Dernières règles le 17 novembre 1898.

Cette malade a toujours eu des *pertes blanches*, qui ont surtout augmenté depuis six mois. Quelque temps après sa fausse couche, il y a eu une recrudescence des phénomènes aigus pendant une huitaine de jours environ. Ces phénomènes se traduisaient par des douleurs plus aiguës et par des pertes abondantes. Ces pertes jaunes, et empesant son linge, ont légèrement verdi surtout depuis deux ans, époque de son mariage qui semble avoir joué un rôle dans l'augmentation de l'écoulement vaginal.

Les *douleurs*, peu accusées augmentent surtout lorsque la malade est fatiguée auquel cas elles reviennent par crises et principalement lorsqu'elle est couchée. Ces phénomènes se sont aggravés depuis six mois.

Les systèmes cardiaques et urinaire sont indemnes.

1. Toutes ces observations ont été prises dans le service de M le Dr Jayle à la consultation de l'hôpital Broca.

Bien que l'on n'ait trouvé aucune lésion apparente du côté des poumons, on ne doit pas perdre de vue que Yvonne S..., tousse légèrement et s'enrhume facilement.

On observe en outre d'une dyspepsie flatulente de la constipation irrégulière.

Très excitable, le système nerveux ne révèle aucune lésion.

Examen physique. Debout. — Le col de l'utérus force sur la sangle périnéale. L'orifice regarde presque directement en arrière et très légèrement en bas. Le corps est fléchi sur le col presque à angle droit et offre une direction oblique de haut en bas et d'arrière en haut. Il vient reposer sur la vessie au niveau de la partie moyenne de la symphyse.

Le fond de l'utérus est inférieur au col d'environ un centimètre.

En position déclive dorso sacrée. — On constate que l'utérus est petit.

A gauche on sent une petite masse grosse comme une noisette qui est l'ovaire correspondant.

A droite on sent également l'ovaire mais il est insensible et beaucoup plus petit.

A la vue le col de l'utérus est rouge, ulcéré sur ses deux lèvres. Le pourtour de l'ulcération est grand comme une pièce de un franc environ.

Diagnostic. — Métrite chronique du col. Utérus en antéversion. Ovarite double. Aménorrhée et atonie intestinale.

Traitement. — Régime alimentaire. Laxatifs. Pansements vaginaux. Ovarine.

Ce traitement est commencé le jour de l'examen, c'est-à-dire le 22 décembre 1898.

Le 14 janvier 1899, la malade est revue, et le résultat du

traitement ne semble pas satisfaisant. L'examen des sécrétions donne une réaction alcaline. La malade est soumise pendant huit jours aux injections acides de sublimé.

Le 23 janvier 1899. — La malade se trouve améliorée. Les pertes ont diminué. L'examen montre que l'ulcération du col est moins étendue. A gauche on sent toujours l'ovaire douloureux qui a les dimensions d'une grosse amande.

Le cul-de-sac postérieur est un peu empâté. L'ovaire droit n'est pas sensible et l'anteflexion est très minime.

OBSERVATION II (inédite).

Dysménorrhée.

3 août 1897. — S... femme D... Marie, 26 ans.

Antécédents nuls.

Règles. — Début à 15 ans. Régulières jusqu'au mois d'avril dernier. Depuis cette époque, elles sont irrégulières, présentant 10 à 12 jours de retard. Elles sont assez abondantes et durent environ 3 jours.

Très douloureuses, elles s'accompagnent de vomissements et de tendances à la syncope.

Les dernières sont venues le 8 juillet.

Pertes. — Blanches depuis quelque temps, coïncidant avec l'apparition de la maladie actuelle. Ces pertes empèsent légèrement le linge.

Jamais on n'a signalé de pertes rouges, jaunes ou vertes.

Douleurs. — Abdominales, très accusées des deux côtés, continuelles et supportables, atténuées par le repos au lit.

Ces douleurs se font ressentir jusque dans les reins, mais ne se manifestent ni dans les cuisses, ni du côté de l'anus,

L'état général de la malade est bon. Elle n'a pas maigri depuis qu'elle est atteinte.

Tube digestif. — Renvois nombreux. Inappétence, mais pas de constipation.

Rien du côté du *cœur* ou du *poumon*, mais une pollakiurie considérable fait penser à un trouble *rénal* quelconque.

Le *système nerveux* est très impressionnable. La malade accuse des crises de nerfs et des troubles sympathiques se traduisant par des bouffées de chaleur après les repas.

L'Examen physique montre une vulvè normale avec hypertrophie des petites lèvres. Pas de colpocèle. Col de l'utérus un peu abaissé, légèrement granuleux. Corps en avant et dévié à droite. A gauche, on arrive à percevoir les annexes légèrement hypertrophiées et sensibles.

Même chose à droite.

Paroi abdominale un peu relâchée. On ne sent pas de prolapsus rénal. Estomac un peu dilaté.

Diagnostic. — Ptose abdominale légère. Métrite légère. Dysménorrhée alpingo-ovarite. Gastrite chronique. Névropathie.

Traitement. — Ceinture abdominale. Régime alimentaire. Ovarine. Injection vaginale au permanganate de potasse.

30 août 1897. — La malade est observée de nouveau après avoir pris ses injections et absorbé 40 cachets d'ovarine.

Le ventre s'est amélioré. Peu de douleurs. L'urétrite a cédé dans les premiers jours. La malade vient surtout consulter pour ses troubles neurasthéniques. Elle accuse encore un froid

aux pieds permanent et une calotte neurasthénique très accusée.

9 septembre 1897. — La malade a eu ses règles le 16 août. Elle a repris depuis une vingtaine de cachets d'ovarine qui n'ont amené aucune modification dans ses menstrues. Les douleurs abdominales qui duraient depuis un mois se sont améliorées.

4 septembre 1897. — La malade a absorbé 20 cachets d'ovarine depuis le dernier examen auquel elle a été soumise. Les règles quoique régulières ont été un peu moins abondantes, un peu plus longues, moins douloureuses, mais les vomissements ont persisté. L'état général s'est encore amélioré. Elle dort mieux, mange très bien et commence à pouvoir marcher sans les grandes fatigues qu'elle avait.

13 octobre 1897. — La malade a eu un point de côté le 9. Depuis le 11 elle souffre de nouveau dans le ventre et se plaint de lassitude générale. Bains sulfureux. Les fleurs blanches ont réapparu ces jours-ci.

OBSERVATION III (Inédite),

Dysménorrhée.

20 juillet 1896. — D..., 34 ans. Pas d'accouchement ni de fausses-couches.

Règles à 13 ans. régulièrement, assez abondamment, sans douleurs, durant quatre jours.

Il y a deux ans, les règles ont avancé de quelques jours et cet état a persisté jusqu'à aujourd'hui.

Aujourd'hui les règles sont moins régulières. Elles avan-

cent de huit à dix jours, sont assez abondantes, non douloureuses et durent quatre à cinq jours.

Les dernières règles apparues le 10 juillet se sont terminées le 14.

Pertes blanches, légères depuis deux à trois ans, non fétides, un peu irritantes.

Pas de pertes jaunes, ni de pertes vertes.

Pertes rouges. — Une première fois à dix-huit ans, mais depuis deux ans ces pertes rouges presque aussi abondantes que les règles reviennent presque chaque mois.

Douleurs. — Leur début remonte à deux ans. Elles siègent dans le bas-ventre, dans la région rénale gauche, avec irradiation du côté des cuisses et de l'anüs.

Ces douleurs apparaissent à la suite d'une fatigue pour cesser sous l'influence du repos nocturne. Elles se font également sentir à l'épigastre.

Les appareils *pulmonaires circulatoires* et *urinaires* sont en bon état.

Du côté du *Système digestif*, on note un appétit normal et des digestions pénibles. Après les repas le ventre se ballonne subitement et l'on a du tympanisme et de la constipation opiniâtre.

Système nerveux. — Cette femme très excitable, jadis traitée par le bromure de potassium présente quelques symptômes d'hystérie.

L'état général est bon, bien que depuis un an les forces aient un peu diminué.

Examen physique. — Pas de lésions de l'appareil génital.

Diagnostic. — Dysménorrhée. Troubles gastro-intestinaux.

Traitement. — Injections vaginales chaudes.

Régime lacté absolu pendant huit jours. Traitement contre la constipation et les troubles gastriques.

28 septembre. — Sous l'influence du régime prescrit, la malade va beaucoup mieux. Elle ne souffre plus et va régulièrement à la selle. Mais elle est toujours anémiée, a des maux de tête, quelques accès d'oppression et a vu ses règles deux fois par mois, 2 ou 3 jours chaque fois. Sang pâle.

Traitée par l'ovarine.

10 novembre. — A pris 20 cachets d'ovarine sans en éprouver aucune gêne. Va mieux.

OBSERVATION IV (inédite).

Aménorrhée.

H.... Louise, 28 ans, sans accouchement ni fausse couche.

Règles. — Réglée à 15 ans, tous les ving-cinq jours pendant huit jours, très abondamment, avec de très grandes douleurs.

Depuis le 1^{er} août la malade n'a revu qu'une seule journée il y a 8 jours.

Depuis très longtemps elle a des pertes blanches qui ont augmenté il y a quelques temps. Ces pertes sont plutôt jaunâtres et douloureuses à la miction.

Douleurs. — Depuis deux ans la malade a la sensation de tiraillement s'irradiant dans les reins mais jamais dans les cuisses. Ces douleurs se calment par le repos et reviennent par crises.

Système digestif. — La malade ressent de violents maux d'estomac au moment des crises. Ses digestions sont assez bonnes et elle n'a aucune constipation.

Examen physique.

Debout. — Le col de l'utérus appuie franchement sur le périnée et un peu à gauche. On ne sent pas le corps qui semble être dans l'axe du bassin. Dans les culs-de-sac on ne sent rien.

Couchée. — On perçoit un utérus petit situé dans l'axe du bassin. Le col est un peu granuleux. Il est recouvert de glaires blancs jaunâtres. Les annexes sont sensibles et légèrement hypertrophiées. Surtout à gauche.

Diagnostic. — Blennorrhagie. Hypofonction ovarienne, aménorrhée.

Traitement. — Lavage utérin. Ovarine.

N.-B. La malade ne pouvant se soigner rentre à l'hôpital.

OBSERVATION V (inédite)

Aménorrhée et Dysménorrhée successive.

18 octobre 1898. — F..., femme J..., 49 ans.

Deux accouchements. Le premier il y a 25 ans, le second il y a 21 ans fut suivi d'une métrite.

Fausse couche de 4-5 mois il y a 17 ans.

Blennorrhagie et rhumatisme chronique depuis 25 ans.

Règles. — La malade n'est plus réglée.

Pertes blanches. — Depuis très longtemps. A la suite du second accouchement, ces pertes ont beaucoup diminuées et étaient devenues presque insignifiantes. Depuis six mois il y a eu une recrudescence et la malade perd énormément depuis cette époque.

Douleurs. — De temps en temps, la malade souffre dans le ventre des deux côtés mais surtout aux reins. Les douleurs

apparaissent au moindre effort. Ces douleurs abdominales disparaissent sous l'influence du repos mais celles des genoux et des bras, dûes au rhumatisme persistent.

Système circulatoire. — Pas de maladie de cœur. Des palpitations de temps à autre.

Système pulmonaire. — Rien.

Système urinaire. — Ne souffre pas à la miction mais les urines sont souvent un peu troubles et leur quantité varie.

Système digestif. — Troubles gastro-intestinaux.

Système nerveux. — Hyperexcitable bien qu'il n'y ait jamais eu de crises de nerfs. La malade est très émotive.

Etat général. — Depuis 18 mois, la malade a maigri de 22 livres.

Troubles de la ménopause. — Les règles étaient de tout temps d'une durée de huit à dix jours, très abondantes, avec de nombreux caillots. La ménopause a mis environ trois ans à s'établir. Elle a été caractérisée par des métrorrhagies durant 15 jours et 3 semaines une fois, deux fois.

Entre ces métrorrhagies la malade restait six semaines ou deux mois sans voir. Après une perte de 2 mois survenue à 44 ans, la malade est restée 3 mois, sans voir. Quand elle ne perdait pas en rouge, elle perdait en blanc.

Les règles devenaient de moins en moins abondantes et le sang était de plus en plus pâle. Il n'y avait plus de caillots comme autrefois. Durant le mois de décembre 1895, la malade a perdu tout le mois quoique peu abondamment, puis les règles se sont arrêtées définitivement.

Phénomènes nouveaux. — Bouffées de chaleur la nuit et le jour, s'accompagnant de transpiration très abondante.

Ces vapeurs ont été très fréquentes en 1896, ont diminué en 1897 et augmenté en 1898.

Actuellement elles reviennent 5 à 6 fois par jour et la nuit deux fois en moyenne, s'accompagnant de transpiration abondante. Toujours surexcitée la malade a moins de sommeil depuis la cessation de ses règles. A maigri depuis cette époque mais cet amaigrissement s'est accusé depuis six mois. Immédiatement après la cessation des règles la malade a présenté sur la face, les bras, la poitrine, une éruption qui a persisté pendant deux ans. Rapportée par un confrère aux troubles de la ménopause cette éruption s'est parfois accompagnée d'urticaire d'après ce que dit la malade.

Depuis deux ans, il y a un notable affaiblissement de la vue. On doit toutefois ajouter que depuis deux ans, des ennuis intimes, sont venus s'ajouter aux accidents pathologiques, augmentant ainsi les phénomènes du retour d'âge dont l'existence n'est pas douteuse et ce par hyperexcitation du système sympathique.

Examen physique. — La malade étant couchée en position déclive, on note :

Vulve étroite. Col petit non granuleux. Corps petit en avant et en anteflexion. Annexe gauche sensible, mais non hypertrophiée. A droite, on ne sent rien. La paroi abdominale est un peu relâchée. Le rein droit est abaissé et mobile. L'estomac est dilaté avec du gargouillement gastrique.

Diagnostic. — Troubles de la ménopause, exagérés par des ennuis de famille. Atonie gastrique. Troubles vésicaux.

Traitement. — Ovarine, et acide borique pour les troubles vésicaux.

3 novembre 1898. — La malade a un mieux sensible.

OBSERVATION VI (inédite)

Aménorrhée.

B... Jeanne, 45 ans. Un seul accouchement au forceps il y a 4 ans.

Une fausse couche de deux à trois mois il y a seize mois.

Règles. — Réglée à 17 ans, tous les mois, régulièrement peu abondantes, durant 4 jours.

Les dernières règles ont eu lieu il y a 4 mois environ. Elles ont eu une durée non moins grande. Sur ces entrefaites la malade a eu une très violente émotion à la suite de laquelle les règles ont été complètement supprimées.

Il y a 3 semaines la malade a perdu, très peu pendant 5 à 6 heures environ. Les 22 et 23 août il y a eu une toute petite hémorrhagie.

Depuis 4 mois, bouffées de chaleur, inappétence, pas de sommeil, amaigrissement et affaiblissement très notable.

Pertes. — Jaunâtres de consistance gélatineuse, depuis 3 semaines simplement. Rien avant cette époque. Une légère cuisson à la miction seulement le matin.

Douleurs. — Les douleurs ont débuté il y a 3 semaines par des tiraillements dans le bas-ventre, dans les reins et les branches. Ces douleurs continues ne disparaissaient pas au repos et s'irradiaient jusque dans les jambes.

Ces douleurs provoquent des vomissements deux ou trois fois par jour.

La malade est actuellement constipée.

EXAMEN PHYSIQUE. — *Debout.* — Le col de l'utérus est un peu abaissé, il repose sur la sangle périnéale et regarde à peu

près directement en bas. Le corps de l'utérus est oblique en avant, de haut en bas et d'avant en arrière avec une tendance à la position latérale.

On ne sent rien dans les culs-de-sac.

Couchée. — Il existe à la partie postérieure de la vulve à deux centimètres de l'orifice vulvaire une bride fibreuse se perdant de chaque côté dans les parois du vagin épaissie et ronde comme un porte-plume.

Le col de l'utérus est gros et granuleux. Le corps est en avant mobile.

A gauche, il existe un peu d'empâtement au niveau des annexes, mais il n'y a pas de tumeur à proprement parler. A droite, on ne sent rien. Au spéculum, on voit un col granuleux sur ses deux lèvres, surtout sur la lèvre postérieure.

L'hystéromètre pénètre à 6 centimètres. La paroi abdominale n'est pas relâchée. Pas de dilatation d'estomac. Langue blanche, chargée.

Diagnostic. — Troubles de la ménopause, métrite, embarras gastrique actuel.

Traitement. — Purgatifs, régime lacté absolu. Repos. Bains. Chloral. Ovarine. Pansements vaginaux.

OBSERVATION VII (inédite).

Aménorrhée.

Femme D...., 49 ans.

Douze accouchements : le premier en 1870, le dernier en 1891, tous normaux, sauf le dernier qui a nécessité une application de forceps.

Trois fausses couches de trois mois sans causes connues.

Pas de blennorrhagie.

Règles. — Réglée à 14 ans, régulièrement. Duraient trois jours avant l'accouchement primitif, mais depuis durant huit jours. Pas douloureuses. Peu abondantes.

Dernières règles il y a deux ans.

Pertes blanches. — Peu abondantes depuis un an, date de leur apparition. Depuis quinze jours, elles sont devenues plus abondantes et plus épaisses, un peu jaunes ou verdâtres, légèrement teintées de sang.

Pertes rouges. — La malade a eu des pertes rouges il y a six ans. Très abondantes, elles ont duré pendant un an.

Depuis cette époque, la malade n'a plus eu d'hémorrhagie.

Douleurs. — Sensation de pesanteur assez fréquente dans les reins, à l'occasion d'une fatigue.

Les appareils *respiratoires, circulatoires, digestifs et urinaires*, ne présentent rien d'anormal.

L'état général indique un amaigrissement assez rapide.

Chez cette malade, les troubles de la ménopause ont été assez bénins. La ménopause s'est établie en effet peu à peu dans l'espace de 6 à 8 mois. Les seuls troubles relevés sont un affaiblissement considérable des forces, une diminution notable de l'acuité visuelle, et surtout une tendance très marquée au sommeil.

La malade, brodeuse de son métier, est gênée par ces crises de sommeil.

Le col est gros, granuleux, enflammé, la lèvre postérieure très hypertrophiée. Le corps de l'utérus est en arrière. On sent très bien qu'il est mobile, pas adhérent et néanmoins on

n'arrive pas à le ramener en avant parce qu'il est bridé au niveau des ligaments larges.

Au niveau de chaque ligament large, il y a un épaissement notable. L'hystérométrie est impossible même avec un stylet.

Au spéculum, on voit que la lèvre antérieure du col est très amincie, atrophiée. Elle n'existe pour ainsi dire plus, tandis que la lèvre postérieure, rouge et granuleuse, offre les dimensions d'une pièce de un franc.

Les annexes (ligaments larges) sont épaissis, douloureux et à leur base, contre la paroi vaginale on sent comme des ganglions indurés.

Debout. — L'orifice regarde en bas directement et le col est en face de l'orifice vulvaire en avant de la sangle périnéale.

Diagnostic. — Métrite chronique, surtout du col. Utérus en rétroversion, non adhérent, mais non mobile. Il ne descend pas parce qu'il est maintenu en haut par les ligaments enflammés.

Entéroptose, néphroptose droite. Gastrite chronique, hémorroïdes.

Traitement. — Air chaud, permanganate de potasse. Régime alimentaire. Ovarine. Bains de siège et onguent populeum.

OBSERVATION VIII (inédite).

Aménorrhée.

Elise P... 45 ans. Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Règles. — Réglée à 14 ans, régulièrement, pendant une

journée seulement, la malade ne perdait que quelques taches sur son linge, peu douloureuses.

Pertes. — Blanches depuis un an et peu abondantes. Pas de pertes rouges.

Vertes depuis un mois environ, plus ou moins accentuées selon la douleur qui est devenu plus accusée depuis deux ans, mais surtout depuis un an, époque à laquelle elle a vraiment fixé l'attention de la malade. Une première poussée aiguë s'était faite sentir à cette époque.

Douleurs. — Localisées dans le bas-ventre, les douleurs qui sont apparues il y a 17 ans se calmaient dans le decubitus dorsal et s'irradiaient vers l'anus, les cuisses et les reins. Presque continues depuis un an,

Il y a 17 ans, à la suite d'une péritonite, la malade perd du pus par l'anus.

Depuis la cessation de ses règles, la malade ressent de 3 à 6 bouffées de chaleur par jour, bouffées intenses au point d'occasionner la nuit des faiblesses allant jusqu'à la lipothymie. Jamais de sueurs la nuit, mais dans la journée elles sont très abondantes surtout à la face.

En outre, tous les 3 ou 4 jours, le malade a des vapeurs accompagnées de nausées qui durent trois ou quatre minutes seulement.

Les maux de tête très fréquents ont diminué depuis l'établissement de la ménopause.

Depuis deux ans, perte sensible de la mémoire. Très irritable, la malade a des idées noires, allant jusqu'au suicide. Tous ces phénomènes reconnaissent pour cause initiale un chagrin domestique.

Pas de pertes de forces, léger amaigrissement depuis un an.

Pas de troubles digestifs. Pollakyurie et polyurie depuis deux ans.

En résumé, il existe des troubles de la ménopause qui se traduisent surtout par des bouffées de chaleur, de la faiblesse, des nausées et de la lipémanie.

Examen physique. — Vulve en voie d'atrophie. Col abaissé à 4 centimètres de la vulve. L'orifice est à peine perceptible au doigt. Le corps utérin est en arrière en rétroversion. Les annexes droites sont très sensibles, légèrement hypertrophiées. A gauche, on sent une masse grosse comme un petit œuf, très douloureuse, accolée à l'utérin prolabé dans le cul-de-sac postérieur empâté.

Le cul-de-sac postérieur est très douloureux. La paroi abdominale est surchargée de graisse flaque, il est difficile de dire si le rein est à sa place, l'estomac est dilaté et un peu abaissé.

Au spéculum, c'est à grand peine qu'on distingue un petit point qui doit être l'orifice du col ; avec un stylet très fin, on pénètre en effet à 5 cent. en arrière.

La malade étant mise dans la position gènu-pectorale, on arrive à réduire partiellement l'utérus qui ne paraît pas adhérent.

La réduction serait possible si la malade était moins forte ou si l'on pouvait faire pénétrer l'hystéromètre dans l'utérus ce qui est complètement impossible.

Diagnostic. — Sténose de l'orifice cervical; métrite chronique. Utérus en rétroversion paraissant non adhérent. Annexité double plus accentuée à gauche. Gastrite chronique. Trouble climatérique.

Traitement. — Avant de pratiquer l'hystérectomie vaginale: Massage. Douches vaginales. Ovarine. Régime alimentaire.

OBSERVATION IX (Jayle).

Lésions utéro-ovariennes complexes. Ovarine prescrite
contre la dysménorrhée ; résultat parfait.

7 juillet 1896. — L... femme W... 31 ans.

Antécédents utérins. — Deux accouchements. Le premier en 1884, le deuxième en 1887, faciles et sans suites. Deux fausses couches, la deuxième en 1886, de cinq mois et demi, à la suite de laquelle la malade est restée couchée deux mois et demi, la première en 1885, de deux mois, facile et sans suites. Blennorrhagie à une date impossible à préciser. La femme se dit malade depuis onze ans. Elle a subi deux curettages : le premier en 1893, le deuxième onze mois après. En 1896, au mois de juin, on lui a proposé une laparotomie pour ablation des annexes. Le début de l'affection remonte au premier accouchement.

Règles. — Réglée à 12 ans ; les règles qui étaient régulières, peu abondantes, durant deux ou trois jours, et non douloureuses, sont depuis trois ans plus abondantes, durant cinq jours et sont douloureuses ; en outre, depuis trois ans, elles sont irrégulières. Dernières règles le 13 juin.

Pertes. — Blanches et jaunes, peu abondante ; jamais de métrorrhagie ni de ménorrhagie ; les curettages n'ont amené aucun changement ni en bien ni en mal.

Douleurs. — Avant les curettages, la malade souffrait dans le ventre, du côté gauche : ces douleurs, peu violentes, apparaissaient par crises et s'irradiaient vers les reins, la cuisse gauche et l'anus. Depuis les curettages, la malade

souffre des deux côtés, dans les deux cuisses, vers l'anus et vers les reins.

Etat général. — Atonie gastro-intestinale, constipation opiniâtre. Rien aux appareils. Pas de fièvre, un peu d'anémie. La malade a eu des crises de nerfs il y a trois ans.

Examen physique. — Col déchiqueté, de volume normal, un peu dur. On ne peut pas sentir le corps utérin qui semble cependant en bonne situation. Les annexes gauches sont un peu hypertrophiées, bien qu'on n'arrive pas à les délimiter exactement ; à droite, on ne sent pas grand'chose. L'examen est d'ailleurs assez difficile.

6 août. — Six sangsues le 28 juillet, six douches vaginales depuis. Du 7 juillet au 28 juillet, cascarrine et cachets de bicarbonate de soude.

La malade a eu ses règles moins douloureuses le 20 juillet. Aujourd'hui, la malade se trouve beaucoup mieux ; « elle ne s'était pas sentie aussi bien depuis six mois ». Elle a des hémorroïdes très douloureuses. L'examen physique ne fait pas constater de lésions nouvelles.

28 août. — La malade a pris jusqu'à présent les douches vaginales quotidiennes. Les douleurs du côté droit ont disparu, celles du côté gauche persistent, mais ont diminué. Les pertes ont diminué.

31 octobre. — Pointes de feu sur la paroi abdominale, à gauche.

6 novembre. — Les règles viennent en peu en avance et sont peu douloureuses. Les pertes ont presque disparu. Pointes de feu sur la paroi abdominale.

4 décembre. — La malade a eu ses règles du 13 au 16 novembre, abondantes, peu douloureuses : actuellement il n'y a plus de douleurs de ventre.

29 décembre. — La malade a eu ses règles du 13 au 21 décembre, douloureuses, pas très abondantes.

Aujourd'hui on fait des pointes de feu sur le côté gauche, bien qu'au toucher on ne sente pas de masse volumineuse. On lui prescrit un bain sulfureux par semaine et deux cachets d'ovariné par jour.

26 février 1897. — La malade ne perd pas en blanc. Elle ne souffre pas du tout du ventre en ce moment. Les règles ne sont plus douloureuses depuis deux mois : elle ne sont pas trop abondantes.

Un peu d'amaigrissement ; la malade pèse 144 livres au lieu de 150. La digestion est meilleure.

La malade a pris il y a trois mois deux cachets d'ovarine par jour pendant une quinzaine ; c'est depuis, qu'elle a remarqué que les règles ne sont plus du tout douloureuses.

On lui prescrit des gouttes de Baumé, du protoxalate de fer, de l'ovarine.

2 juillet. — La malade va bien ; de temps en temps, quelques petites douleurs, mais qui n'ont pas de suites.

Pas de pertes. Règles régulières. La malade n'a pris depuis que 20 autres cachets d'ovarine.

22 septembre. — La malade va très bien, pas de douleurs en dehors des règles. Règles régulières, une fois abondantes, l'autre fois moins, non douloureuses. La malade ne perd pas en blanc. De temps en temps, tous les deux mois, quand elle souffre un peu et que ses hémorroïdes sont trop fortes, elle applique des sangsues qui la soulagent momentanément.

OBSERVATION X (Jayle).

**Métrite, annexite double. Métrorrhagies de cause annexielle.
40 cachets d'ovarine. Résultat nul.**

6 mai 1897. — F... femme F..., vingt-huit ans. A subi une périnéorraphie, le 12 juin 1892, à la Salpêtrière. Pas de résultat sur les douleurs.

Deux accouchements : le premier en 1893 avec application de forceps (enfant mort à trois mois) ; six semaines après et pendant six semaines la malade a perdu du sang. Le deuxième en 1896, normal ; à la suite, pendant cinq semaines, il y a eu de la fièvre, fausse couche de six mois, en 1891, sans suites.

Règles. — Réglée à seize ans, règles irrégulières, toujours en retard, abondantes, douloureuses. Durée deux à douze jours.

Après le premier accouchement, elles n'ont pas changé.

Depuis le deuxième, elles sont très abondantes, douloureuses, durent huit à quinze jours. Dernières règles le 16 avril.

Pertes. — Depuis qu'elle est réglée, pertes blanches assez abondantes. Pertes jaunes après les accouchements la malade a perdu du sang continuellement tous les jours.

Douleurs. — Très légères il y a quatorze ans, au ventre, surtout du côté gauche. Elles se sont accentuées avec irradiations aux reins et aux cuisses, presque continues maintenant, avec des crises correspondant au moment des règles.

Etat général. — La malade tousse depuis quatorze ans. Hémoptysies à répétition. Très peu d'appétit depuis deux ans. Mauvaise digestion ; parfois des vomissements. Constipation alternant avec de la diarrhée. Très nerveuse. Réflexes nor-

maux. Pollakiurie, miction cuisante. Un peu d'amaigrissement depuis cinq mois. Les forcées ont diminué.

Examen physique. — Vulve déchirée en arrière. Colpo-cèle antérieure. Col abaissé, un peu gros, orifice entr'ouvert. Corps de l'utérus en position normale, un peu dévié à droite. Annexes gauches hypertrophiées et prolabées. Annexes droites un peu hypertrophiées et abaissées. Orifice utérin un peu rouge, obstrué par un bouchon glaireux. L'hystérométrie est facile et donne 6 centimètres et demi.

Diagnostic. — Métrite chronique légère, salpingo-ovarite double, métrorrhagie de cause annexielle. Gastro-entérite chronique. Névropathie.

Traitement. — Avant de pratiquer l'hystérectomie vaginale, le traitement suivant est proposé et accepté : 1° régime alimentaire et tonique ; 2° lavages intra-utérins, columnisation, douches vaginales ; 3° ovarine.

19 mai. — La malade a eu 10 lavages au permanganate de potasse peu douloureux. Elle a pris 20 cachets d'ovarine. Depuis sept jours, elle ne perd plus en rouge. Les douleurs sont les mêmes surtout dans les reins.

L'examen physique montre qu'il n'y a aucun changement

24 septembre. — La malade a eu de la pelvi-péritonite du 24 mai au 5 juin.

En juillet, elle a repris 20 autres cachets d'ovarine sans aucun résultat sur les douleurs ni sur les pertes rouges. La malade a toujours ses pertes rouges ou blanches.

Ce mois-ci, elle a perdu vingt-huit jours en rouge, et vingt-deux jours le mois dernier.

OBSERVATION XI (Jayle).

Ovarite double. Dysménorrhée. 30 cachets d'ovarine. Amélioration immédiate.

L.... Elisa, dix-neuf ans. Accouchement le 21 décembre 1895 à terme ; suites bonnes ; l'enfant est mort.

Règles. — Réglée pour la première fois à douze ans. Les règles, régulières avant l'accouchement, sont devenues irrégulières après la couche. Elles sont abondantes, durent six à sept jours et sont douloureuses, beaucoup plus depuis l'accouchement. Les dernières ont eu lieu le 2 juillet 1898 et ont gardé le même caractère.

Pertes. — La malade avait déjà des pertes blanches avant d'être réglée : peu abondantes, elles sont revenues peu à peu il y a quatre mois, et ne sont pas irritantes. Elle a eu des pertes rouges il y a huit mois durant quinze jours. Depuis, ces pertes sont revenues trois à quatre fois.

Douleurs. — La malade souffre dans le bas-ventre, mais pas dans les côtés. Ces douleurs ne s'irradient pas aux cuisses, ni dans les reins, ni à l'anus.

État général. — Appareil respiratoire, circulatoire, digestif, normaux, miction cuisante (cystite) : un peu nerveuse. La malade a beaucoup maigri depuis quatre à cinq mois.

Examen physique. — Vulve normale. Col petit, légèrement entr'ouvert. Le corps est en avant. A gauche, on sent une petite grosseur mobile, arrondie, un peu douloureuse, développée sans doute aux dépens de l'ovaire.

A droite, on sent également une petite tumeur grosse com-

me une amande, douloureuse, prolabée. La paroi abdominale est relâchée. L'estomac est dilaté, pas de rein abaissé.

Diagnostic. — Névropathie légère, ovarite double, plus accentuée à gauche. Ptose abdominale légère, gastrite chronique, atonie gastro-intestinale.

9 septembre. — La malade a pris jusqu'à ce jour environ 30 cachets d'ovarine. Elle a eu ses règles le 30 août, sans douleur. Elle a continué à prendre des injections chaudes qu'elle prenait déjà avant. Elle suit un régime alimentaire. Elle ne souffre plus du ventre. Il y a de l'amélioration générale.

OBSERVATION XII (Jayle).

Aménorrhée probablement d'origine nerveuse. Guérison par l'ovarine (Rédigée par M. Prioleau (de Brive) ex-interne des hôpitaux de Paris).

Mlle D..., âgée aujourd'hui de vingt ans et demi, est une jeune fille forte, à la santé exubérante, à la stature élevée, à la corpulence développée, au teint coloré, et qui a toujours présenté ces attributs de prospérité physique.

Une seule chose à signaler et qui paraît avoir la plus grande importance dans le cas actuel, c'est l'existence d'un tempérament très impressionnable, sans manifestations nerveuses extérieures, et concentrant tout sans se plaindre, mais en souffrant beaucoup.

Elle a été réglée sans difficulté, à 13 ans et depuis les règles sont venues, régulières jusqu'à 16 ans. A cette époque par suite de contrariétés d'ordre privé, elle voit ses règles se supprimer sans aucun trouble dans la santé générale, qui est toujours parfaite.

Il survient cependant quelques manifestations nerveuses relevant d'une simple originalité. La jeune fille qui, depuis la suppression de ses règles, engraisse d'une façon très accentuée ne veut plus se montrer, ne veut plus manger que fort peu pour maigrir, et malgré cela l'embonpoint augmente. A ce moment la jeune fille a été consulter plusieurs sommités médicales de Paris.

Il est ordonné des ferrugineux, les exercices physiques, l'hydrothérapie. Ces divers traitements améliorent l'état nerveux, mais l'aménorrhée persiste.

Consulté à mon tour, il y a dix mois environ et venant de lire le travail de Jayle sur l'emploi de l'ovarine, je conseille cette médication, la jeune fille ayant alors dix-neuf ans et demi, et trois ans et demi d'aménorrhée totale sans pertes blanches.

L'ovarine est prise à la dose de 0, 15 centigrammes par jour.

Au bout d'un mois de traitement, les règles font une première apparition. Dès ce moment, elles reviennent trois fois de suite, l'ovarine étant continuée deux mois sans cesser. La médication étant suspendue, les règles reviennent encore une fois, mais elles cessent bientôt. L'ovarine est aussitôt reprise et les règles reviennent.

Depuis, après une nouvelle série de trois mois d'ovarine, les règles sont régulièrement revenues et nous considérons la jeune fille comme débarrassée de son aménorrhée. Il n'y a plus de troubles nerveux, l'embonpoint a disparu pour faire place à une corpulence musculaire en rapport avec les forces physiques de la jeune fille qui sont très développées.

Ajoutons à tout ceci qu'il ne peut s'agir de suggestion, car

la malade a toujours cru prendre de l'exalgine, ses parents n'ayant pas voulu qu'elle puisse dire qu'elle avait pris de l'ovarine.

OBSERVATION XIII (Jayle)

Dysménorrhée. Traitement ovarien. Résultat parfait.

9 mai 1896.—H., L..., 19 ans. Réglée à 13 ans. Règles régulières, très abondantes, durant 8 jours, douloureuses. Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Souffre dans le ventre, surtout depuis son mariage il y a 2 ans, et davantage depuis deux mois. Quelques pertes jaunes.

Appétit bon, constipation opiniâtre, langue sale. Sommeil bon. Amaigrissement depuis deux mois. Migraine tous les jours.

Examen physique. — Col normal, corps fléchi sur le col ; utérus en rétroposition. Dans le cul-de-sac latéral droit, près du cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur grosse comme une noisette, assez douloureuse, mobile, et qui paraît être l'ovaire prolabé.

A droite, c'est à grand'peine que l'on sent les annexes.

En somme, la malade se plaint surtout de ses migraines quotidiennes, de ses ménorrhagies, de ses douleurs de ventre.

9 mai 1896. — Elle prend quotidiennement un bol de 20 grammes d'ovaires de génisse crus.

Pas d'autre traitement.

21 mai. — L'appétit, déjà bon cependant, était augmenté ; les migraines avaient disparu presque complètement, les douleurs étaient moindres.

Les règles paraissent le 22 mai, elles sont terminées le 25.

Elles sont aussi abondantes que d'habitude, ne sont pas douloureuses et, pour la première fois de la vie de la malade ne durent que trois jours.

9 juin. — Depuis la cessation du traitement, la malade se trouve moins bien et demande à le reprendre. Les règles ont apparu le 20 et ont été très abondantes et douloureuses pendant quatre jours. Un cachet de 0 gr. 125 d'ovarine par jour est prescrit à la malade.

23 juillet. — Les règles ont paru le 20 juillet et ont duré seulement deux jours et demi; elles n'ont pas été douloureuses. L'état général est bon, mais les douleurs de ventre ne disparaissent pas.

Juillet 1897. — J'ai continué à avoir des nouvelles de cette malade qui est actuellement enceinte.

Elle est restée en excellent état.

OBSERVATION XIV (Jayle).

Dysménorrhée. 120 cachets d'ovarine. Résultat parfait.

10 août 1897. — J..., Héroïse, femme A..., 37 ans. Opérée le 18 mars 1896, par le Dr Beaussenat, pour ovarite kystite, périovarite et salpingite parenchymateuse.

Douleurs. — Avant l'opération, la malade avait des douleurs abdominales, des douleurs dans les reins, les cuisses et un peu au fondement, au moment des règles. Après l'opération, les douleurs restent nulles pendant trois mois, temps où la malade n'a pas eu de règles. A ce moment, la malade a revu, et les douleurs sont revenues aussi fortes qu'avant.

Règles. — Avant l'opération elles étaient irrégulières (re-

tard de quinze jours) peu abondantes, duraient trois jours et étaient douloureuses depuis l'âge de douze ans. Après l'opération, la malade est restée trois mois sans avoir de règles ; celles-ci sont revenues le 3 juillet 1896, régulières jusqu'au 17 mars 1897, plus abondantes qu'avant, douloureuses, et ont duré trois à quatre jours.

Les dernières règles ont eu lieu le 20 août.

Pertes. — Avant d'être opérée, la malade a eu des pertes blanches et rouges il y a douze ans ; jamais de pertes jaunes, ni vertes. Depuis l'opération, il y a des pertes blanches après une fatigue, jamais de jaunes ni de vertes. En juillet, il y a eu des pertes rouges (ménorrhagie).

Phénomènes nouveaux. — Bouffées de chaleur pendant les trois mois que la malade n'a pas eu ses règles. Elle ne sont plus constantes depuis le retour des règles, mais elles surviennent encore de temps à autre. Ces bouffées de chaleur arrivaient le jour et la nuit, et gênaient beaucoup le malade. Il y a eu très peu de céphalalgie avant et après l'opération.

Sommeil lourd avant l'opération, léger depuis.

Peu de cauchemars avant et après l'opération.

Pendant les trois premiers mois après l'opération, la mémoire a fait souvent défaut, elle est revenue, comme avant, en même temps que les règles. Pendant ces trois mois, caractère irritable, idées noires ; cet état a peu changé depuis le retour des règles. Les forces ont diminué. La malade est vite fatiguée. Elle a engraisé de 25 livres.

Pas d'oppression ni de palpitation. Pas d'éruption sur la peau. Les désirs et les plaisirs vénériens ont été augmentés. Digestion assez bonne, mais il y a des nausées et parfois des vomissements. Pollakiurie et miction cuisante et douloureuse. La

malade n'est pas satisfaite de l'opération; elle souffre autant au moment des règles. Elle ne travaille plus depuis l'année dernière.

Pas d'intervention nouvelle. La malade a eu dix-huit massages sans effets. Il n'y pas d'autres changements.

En résumé, tous les phénomènes ordinaires qui suivent la castration sont survenus immédiatement après l'opération.

Depuis le retour des règles, ils ont bien diminué, mais existent toujours.

Examen physique. — Cicatrice petite, sans éventration. Vulve un peu large, légère colpocèle antérieure et postérieure. Col dur, corps en situation normale. L'utérus ne paraît pas atrophiée. Au niveau des annexes droites on ne sent pas grand chose, mais près de la corne utérine gauche et venant un peu en avant il y a une petite masse, grosse comme une noisette, un peu douloureuse. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent un peu d'empâtement.

Diagnostic. — Induration péri-utérine, ovarite.

22 septembre 1897. — La malade a pris 16 cachets d'ovarine jusqu'à aujourd'hui. Elle n'a pas eu ses règles.

4 octobre. — Elle a pris 20 autres cachets d'ovarine. Les bouffées de chaleur ont notablement diminué : avant de prendre de l'ovarine, elle souffrait dans le ventre et dans les reins depuis quinze jours. Pas de règles.

3 novembre. — Depuis le 20 août, pas d'indisposition ni de douleur, même après une très longue marche. La malade a pris 80 cachets d'ovarine. Toujours pas de règles depuis le 20 août.

24 novembre. — La malade ne prend plus d'ovarine depuis dix jours. — Elle a eu mal aux reins, n'a pas eu ses règles, a

des bouffées de chaleur très fortes. Elle a pris jusqu'à ce jour 100 cachets d'ovarine, dont elle a été satisfaite, car, lorsqu'elle en prend les bouffées de chaleur diminuent.

17 janvier 1898. — Depuis la dernière visite, la malade a pris 20 cachets d'ovarine, le 7 janvier, elle a eu ses règles qui ont duré jusqu'au 12, elles ont été peu abondantes, mais absolument indolores. Elle n'a plus du tout de bouffées de chaleur. Elle dort bien, n'a pas de cauchemars. Elle n'a jamais été aussi bien et ne se souvient pas d'avoir eu des règles aussi peu douloureuses.

L'intervention n'avait pas fait disparaître la dysménorrhée.

OBSERVATION XV (Jayle).

Aménorrhée et dysménorrhée. Traitement ovarien prolongé.

Résultat excellent.

30 septembre 1896. — R... Marie, 24 ans. Jamais d'accouchement ni de fausses couches. Pas de blennorrhagie aiguë.

Règles. — Les premières à 13 ans. Très irrégulières, durant quatre à cinq jours, peu abondantes, très douloureuses. Les dernières il y a trois jours. La malade, très anémique, a toujours de l'aménorrhée et de la dysménorrhée.

Pertes. — Blanches, légères, anciennes. Il n'y a pas de pertes vertes, mais il y a huit jours, sont survenues brusquement des pertes jaunes.

Pas de pertes rouges.

Douleurs. — Dans le bas-ventre, surtout à gauche, s'irradiant dans la cuisse gauche et un peu dans la cuisse droite. Elles surviennent par crises, ne disparaissent pas par le repos.

Symptômes généraux. — Rien au poulmon. Bon appétit,

bonne digestion, langue bonne, pas de constipation, pas de douleurs à la miction. Très anémique ; pas d'amaigrissement. Nerveuse, hémi-anesthésique.

Examen physique. — Col normal, corps en avant ; on ne sent rien à gauche, ni à droite.

Traitement. — Cascarine, injection vaginale ovarine.

13 octobre 1896. — La malade revient à la consultation. Règles très abondantes, durent depuis jours. Très grande anémie.

22 octobre. — Les pertes rouges ont cessé. Amélioration.

16 novembre. — Règles du 8 au 12. Non douloureuses (pour la première fois de sa vie) aussi abondantes ; sont venues deux jours en retard.

La malade a pris, jusqu'à ce jours, 33 cachets d'ovarine.

9 décembre. — La malade se trouve bien, ne souffre plus du ventre. Elle a eu ses règles avant-hier, pas douloureuses. L'intestin fonctionne bien. Le traitement a été : 1° 36 cachets d'ovarine ; 2° depuis le 16 novembre, charbon, craie préparée, naphtol, à 5 grammes en 30 paquets.

La malade a eu ses règles qui ont duré trois à quatre jours. Elle n'a eu que quelques douleurs le premier jour, peu abondantes. Elle ne perd plus du tout en blanc.

30 décembre 1896. — Depuis le 9 décembre, s'est reposée quinze jours, et a pris 13 cachets, ce qui porte à 70. Elle prend, en outre, des injections de deux litres le matin.

L'état général est bien meilleur. La malade a engraisé.

17 février 1897. — La malade va très bien.

Les dernières règles du 12 au 16 février ont été douloureuses.

De nouveau on prescrit de l'ovarine qui a déjà donné un bon résultat. Elle en a pris 85 cachets de juillet à novembre.

24 septembre 1897. — En février elle a repris encore de l'ovarine.

Actuellement, les règles sont régulières non douloureuses, durent quatre ou cinq jours. Il n'y a pas de douleur dans le ventre.

Comme injections vaginales, le malade en a pris, jusqu'à ce jour, une par jour.

Etat général bon. Encore un peu d'anémie. La malade se trouve bien.

25 novembre 1897. — Les douleurs du ventre ont reparu il y a huit jours, en même temps qu'une perte de sang, alors que la malade avait eu ses règles depuis huit jours. Cette perte a duré trois jours, et a été suivie de vives douleurs dans le ventre. De l'ovarine est prescrite à nouveau.

OBSERVATION XVI (Jayle).

Dysménorrhée rebelle datant de quatorze années. Traitement ovarien prolongé. Résultat parfait.

10 août 1897. — B..., vingt-sept ans. Réglée à treize ans, les règles ont toujours été extrêmement douloureuses, accompagnées de céphalées, de syncopes et de vomissements ; elles sont un peu plus fréquentes qu'à l'état normal et reviennent toutes les trois semaines. Elles ne durent guère que trente-six heures. Les douleurs sont telles que la malade redoute à chaque fois la venue de ses règles.

Les traitements les plus divers ont été essayés sans résultat par plusieurs médecins.

La malade est vierge, n'a subi aucune infection génitale, ne perd jamais en blanc, ne souffre pas en dehors de ses périodes menstruelles.

10 août 1897. — Traitement ovarien : deux cachets d'ovarine par jour. Pas d'autre prescription.

10 septembre. — Les règles ont été très douloureuses et ont présenté tous les phénomènes ordinaires, à l'exception des vomissements qui, pour la première fois, n'ont pas eu lieu. Le traitement est continué.

6 octobre. — Les règles ont été un peu moins douloureuses pas de vomissements, pas de syncopes.

Le traitement est continué.

15 décembre. — Les règles ne sont plus douloureuses et la malade est enchantée. Elles tendent même à devenir moins fréquentes. Un seul cachet est prescrit.

15 février 1898. — La malade est actuellement grippée. Les règles ne la gênent plus, mais les deux dernières fois elles sont revenues comme autrefois, toutes les trois semaines.

OBSERVATION XVII (Jayle).

Dysménorrhée. Traitement ovarien. Excellent résultat.

12 juillet 1896. — J... B..., 22 ans. Réglée à 14 ans, règles régulières, assez abondantes, durant quatre à cinq jours, non douloureuses. Depuis 18 mois les règles sont très douloureuses et fatiguent beaucoup la malade. Depuis quelques semaines les régions ovariennes sont douloureuses, durant les époques intermenstruelles. Le traitement ovarien est institué.

15 novembre 1896. — La malade a pris 1 cachet d'ovarine par jour durant trois mois. Les règles ont été moins douloureuses en août, puis les points douloureux abdominaux ont disparu. Les règles de septembre ont été moins douloureuses encore, en même temps l'état général redevenait excellent. Les règles d'octobre ont été complètement indolores.

22 Février 1898. — L'état d'amélioration s'est maintenu deux ou trois mois après novembre 1896, puis, petit à petit, tous les phénomènes ont réapparu et actuellement l'état est analogue à celui de Juillet 1895.

L'ovarine est conseillée à nouveau.

OBSERVATION XVIII (Jayle).

Ovarite double. Dysménorrhée. Anémie. Traitement ovarien.
Résultat excellent.

10 mars 1897. — C..., Alice, vingt-et-un ans.

Pas d'accouchements ni de fausses couches.

Règles. — Réglée à quatorze ans ; les règles sont régulières, abondantes, durant huit à neuf jours, douloureuses depuis treize mois seulement.

Dernières règles le 22 février avec léger retour le 26.

Pertes. — Pertes blanches depuis la puberté. Depuis six mois (juillet 1896), ces pertes sont devenues plus épaisses, tachant le linge en jaune.

Douleurs. — La malade ressentait, entre ses règles, comme un poids dans le bas-ventre ; cette douleur disparaissait au moment des règles. Depuis six mois, les douleurs hypogastriques ont augmenté ; la malade éprouve en outre des douleurs dans les deux aines, avec irradiations du côté des reins.

Ces douleurs sont peu accentuées.

Etat général. — Douleurs dans l'estomac.

Constipation. Anémie. Surdité assez accentuée bilatérale, depuis l'âge de 4 ans.

Hystérique ; crises de nerfs à la moindre contrariété.

Examen physique. — Vulve normale, col normal, corps de l'utérus en antéflexion légère. Dans le cul-de-sac latéral droit, on ne sent rien. A gauche, on trouve les annexes qui sont un peu hypertrophiées, prolabées et douloureuses.

Dans le cul-de-sac postérieur et du côté droit, on trouve un peu d'empâtement et il semble qu'on sent l'ovaire correspondant prolabé. Au spéculum, on voit que le col est parfaitement normal.

Diagnostic. — Anémie. Atonie gastro-intestinale. Ovarite double plus accentuée à gauche avec périovarite.

Traitement. — Régime alimentaire. Cascarine. Ovarine.

29 avril. — Depuis le 10 mars, la malade a suivi un régime alimentaire, des laxatifs ; elle a pris 375 grammes de sirop d'iode de fer et 80 cachets d'ovarine. La malade a eu ses règles le 20 avril ; elles ont duré six jours ; elle a perdu un peu moins. Depuis quinze mois que la malade est mariée, ses règles n'ont jamais été aussi peu douloureuses. La malade prend en même temps trois douches vaginales par semaine.

Avant de venir, la malade avait été soignée pendant deux mois, avec des tampons glycerinés sans aucun résultat.

5 mai. — La malade se plaint de souffrir au niveau des annexes ; quatre ventouses scarifiées dans les fosses iliaques de chaque côté.

28 janvier 1898. — En mai dernier, la malade a pris encore 20 cachets d'ovarine. Depuis l'année dernière les règles n'ont

plus été douloureuses, excepté une fois, en juillet 1897. Elle n'a plus souffert du ventre, jusqu'à il y a une huitaine de jours.

La malade a continué des injections vaginales, qu'elle prenait régulièrement depuis un mois avant sa visite à l'hôpital.

21 février 1898. — Le malade vient d'avoir ses règles, aussi abondantes que d'habitude (huit à neuf jours), elles ont été un peu douloureuses.

Elle se plaint de pertes blanches depuis quelques jours et de quelques douleurs dans le ventre.

Elle répète que l'ovarine lui a donné l'année dernière d'excellents résultats, et cette médication lui est prescrite à nouveau.

OBSERVATION XIX (Jayle).

Anémie et aménorrhée symptomatique de tuberculose.

Traitement ovarien. Résultat nul.

4 mai 1892. — R... 26 ans. Anémie symptomatique de tuberculose pulmonaire. Aménorrhée de même cause.

8 mai 1897. — La malade prend deux cachets d'ovarine par jour.

16 juillet 1897. — Le traitement ovarien n'a pas eu le moindre effet, ni sur l'anémie, ni sur l'aménorrhée.

Les lésions tuberculeuses continuent à évoluer.

Vu par le Président de la thèse,

TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

JOUBE et BOYER imp. de la Faculté de médecine, 15 rue, Racine, Paris

